

**F - Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

**EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE / Schweigepflichtentbindung**

Patientendaten: Name, Vorname

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich willige ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung im Medizinischen Versorgungszentrum am Marien Hospital Düsseldorf, Rochusstr. 2, 40479 Düsseldorf an folgende weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden dürfen:


Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Medizinischen Versorgungszentrum am Marien Hospital Düsseldorf nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. In der Vergangenheit durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ich entbinde die im Medizinischen Versorgungszentrum beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

